



**Universidade de Aveiro**  
2012

Departamento de Educação

**TERESA MANUEL      O PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA EQUIPA  
SERRA DOS SANTOS   DE INTERVENÇÃO PRECOCE  
PÓVOA**

Relatório de estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação – Educação Especial, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Fátima Andrade, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e coorientadora Professora Doutora Paula Santos, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro.



***" Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."***

***Antoine de Saint-Exupéry***

Dedico este trabalho a todos os que cativei e que me cativaram...



## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Ana Carlota Lloyd Braga Fernandes Tomaz**

Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa**

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Paula Ângela Coelho Henriques dos Santos**

Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Ana Maria da Silva Pereira Henriques Serrano**

Professora Associada do Instituto de Educação da Universidade do Minho



## **agradecimentos**

A realização deste trabalho é o culminar de uma longa caminhada que só foi possível com o contributo de inúmeras pessoas, às quais expresso a minha gratidão, pois, só assim, considero que o meu trabalho fica completo.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Fátima Andrade, minha orientadora, pela sua disponibilidade inacabável, pelos seus ensinamentos, partilha de conhecimentos e de experiências; é um privilégio privar com uma Terapeuta da Fala tão prestigiada.

À Minha coorientadora, Professora Doutora Paula Santos, pelo incentivo e pela partilha dos seus desmedidos conhecimentos na área da intervenção precoce; o meu respeito, agradecimento e admiração.

À Associação Nacional de Intervenção Precoce, pela oportunidade de realização de estágio pelo meu caminho acompanhado na Intervenção Precoce.

Ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce pela oportunidade de estar convosco na linha da frente na implementação de um sistema nacional.

A todas as Terapeutas da Fala com as quais tive o privilégio de privar ao longo da minha caminhada na Terapia da Fala, que contribuíram de forma decisiva para a minha formação:

À minha família pelo apoio, constante incentivo, dedicação e compreensão das minhas ausências. Em particular à minha mãe pelo seu empenhamento em todo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, por toda a dedicação, carinho e amor e à minha irmã pela partilha inesquecível do caminhar juntas neste mestrado.

Às minhas amigas, pelo carinho, apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.





**palavras-chave**

Intervenção Precoce; Equipa Transdisciplinar; Papéis e Funções do Terapeuta da Fala

**resumo**

O presente trabalho, enquanto relatório de estágio, pretende dar conta dos papéis e funções desempenhados pelo terapeuta da fala enquanto membro integrante de uma equipa transdisciplinar em intervenção precoce. Nesse sentido, a análise apresentada tem em conta as várias áreas de atuação do terapeuta da fala, em particular, a sua relação com os outros técnicos, com as crianças e com as famílias, no âmbito de quatro equipas de intervenção precoce na região centro do país. A questão do terapeuta da fala enquanto generalista *versus* especialista acompanhou esta nossa experiência, constituindo um campo particular merecedor de reflexão com vista a uma ação eficaz deste técnico nas equipas de intervenção precoce. Como principal conclusão destaca-se a importância estratégica do terapeuta da fala em termos de diagnóstico e terapêutica dos problemas de linguagem das crianças, quer no trabalho em equipa, quer na ação direta com as crianças e as famílias com problemas.



**keywords**

Early Intervention; Transdisciplinary Team; Roles and Functions of Speech Language Pathologists

**abstract**

The present work, while probation report, intends to explain the roles and functions performed by speech therapist as an integral member of a transdisciplinary team on early intervention. Therefore, the analysis presented takes into account the various business areas of the speech therapist, in particular its relationship with the other coaches, with children and families within four early intervention teams in the central region of country. The point of the speech therapist while generalist versus specialist accompanied this our experience, constituting a particular field to merit consideration with a view to effective action in this technical teams early intervention. The main conclusion we highlight the strategic importance of the speech therapist in terms of diagnosis and treatment of language problems of children, or on teamwork, whether in direct action with children and families with problems.



## **ÍNDICE**

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Parte I – Quadro teórico-concetual</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1 – Intervenção Precoce</b>	<b>3</b>
1.1. Enquadramento histórico da intervenção precoce	3
1.1.1. Internacional	3
1.1.2. Em Portugal	3
1.2. Teorias do desenvolvimento que sustentam a intervenção precoce	7
1.2.1. Modelo ecológico	7
1.2.2. Modelo transacional	8
1.3. Boas práticas em Intervenção Precoce	9
1.3.1. A aprendizagem nos contextos naturais	9
1.3.2. Equipa transdisciplinar	10
1.3.3. O envolvimento das famílias	11
1.3.4. A articulação entre serviços	12
<b>Capitulo 2 – O papel do terapeuta da fala na Equipa de Intervenção Precoce</b>	<b>13</b>
2.1. A importância de uma intervenção precoce no domínio das perturbações da comunicação e linguagem	13
2.2. Papel (eis) do terapeuta da fala na equipa transdisciplinar: generalista e/ou especialista	17
2.3. Funções, atividades e responsabilidades do terapeuta da fala no âmbito da metodologia de intervenção precoce	19

<b>Parte II – Estudo Empírico</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 3 – Metodologia de investigação</b>	<b>25</b>
3.1. Fundamentação, questão de partida e objetivo da investigação	25
3.2. Procedimentos	25
3.3. Desenho da investigação	26
3.4. Contexto de intervenção de estágio	27
3.5. Recolha e registo de dados	27
3.6. Apresentação e tratamento de dados	29
<b>Capítulo 4 – O terapeuta da fala enquanto membro integrante das Equipas</b>	
<b>Locais de Intervenção na região centro</b>	<b>31</b>
4.1. O terapeuta da fala na Equipa de Intervenção Precoce	32
4.1.1. O terapeuta da fala na equipa transdisciplinar	33
4.1.2. O terapeuta da fala e as famílias	33
4.1.3. O terapeuta da fala e a articulação de serviços	35
4.2. O terapeuta da fala na intervenção precoce: especialista <i>versus</i> generalista	35
<b>Considerações finais</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>41</b>
<b>Anexos</b>	<b>45</b>
<b>Apêndices</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

A garantia dos direitos básicos a todos os seres humanos e a capacidade de abarcar as diferenças entre indivíduos, considerando-os a partir das suas potencialidades, funcionalidades e aptidões, são fundamentais para a construção de uma sociedade inclusiva, segundo Correr (2003). Daí a importância dos muitos estudos sobre formas eficazes de intervenção, em tempo oportuno, com repercussões positivas na eliminação e/ou diminuição das dificuldades dos indivíduos com necessidades especiais.

Na atualidade, a valorização do serviço de Intervenção Precoce na Infância e a constante procura de adoção de boas práticas nessa mesma intervenção, onde a transdisciplinaridade é comprovadamente uma metodologia de trabalho assertiva, importa uma reflexão cuidada, baseada na realidade e vivenciada de forma efetiva.

Na procura de uma intervenção cada vez mais eficaz e assertiva, que papéis e funções assume o terapeuta da fala, enquanto membro integrante de uma equipa transdisciplinar?

Esta é a questão fundamental uma vez que é da interligação dinâmica destas problemáticas, intervenção precoce, papéis e funções do terapeuta da fala, que surge este relatório de estágio, elaborado com o objetivo de documentar o trabalho do técnico de diagnóstico e terapêutica, terapeuta da fala.

Assim, este trabalho destina-se essencialmente aos profissionais das áreas de saúde, educação, serviço social e às famílias, uma vez que são elas as principais promotoras do desenvolvimento das crianças.

Constituído por duas partes, o primeiro capítulo contempla a revisão da literatura sobre a intervenção precoce, a evolução dos programas de intervenção e da legislação que os suporta, as teorias do desenvolvimento que orientam a assertividade das boas práticas em intervenção precoce, nomeadamente o modelo ecológico e o transacional. O segundo capítulo reflete sobre as funções do terapeuta da fala numa equipa transdisciplinar, assunção de um papel generalista e/ou especialista, reforçando a importância de uma intervenção precoce no domínio das perturbações da comunicação e linguagem.

A segunda parte, empírica, consta da metodologia utilizada neste trabalho e da reflexão, resultante do estágio, sobre o papel e as funções do terapeuta da fala a exercer função em algumas Equipas Locais de Intervenção Precoce da região centro, numa dinâmica que implica as famílias, a equipa transdisciplinar e a articulação entre serviços.

Na conclusão, são ainda levantadas algumas questões pertinentes que poderão ser desenvolvidas num próximo estudo abordando de uma forma mais profunda qual a pertinência de cada papel (generalista/especialista) poder assumir no futuro uma percentagem diferente daquela que se verifica atualmente.



## **Parte I – Quadro teórico-concetual**

### **Capítulo I – Intervenção Precoce**

#### **1.1. Enquadramento histórico da intervenção precoce**

##### **1.1.1. Internacional**

A preocupação generalizada relativamente ao apoio de crianças com necessidades educativas especiais, remonta aos anos 1935, quando se iniciaram programas destinados a crianças com necessidades educativas especiais e se investiu na formação e na pesquisa nesta área. Seguiram-se imensos programas de intervenção como *Head Start*, e outros, que foram evoluindo assim como a legislação existente (Almeida, 2009).

Em 1981 Dunst, tendo encetado o seu percurso em intervenção precoce em 1972, deu início ao processo de alteração do programa de intervenção precoce, centrado na criança e nas insuficiências detetadas nas mesmas, em prática até então, para um programa centrado na família. Segundo Dunst, Trivette e Deal, citados por Dunst (2000), este novo modelo incluía quatro componentes conceptuais (enquadramento sistémico social, a família como unidade de intervenção, a filosofia de corresponsabilização e uma orientação no sentido de promover/melhorar as capacidades da família) e quatro componentes operacionais (práticas baseadas em necessidades, fontes de apoio e recursos para responder a essas necessidades, práticas baseadas nos pontos fortes e práticas de disponibilização de ajuda orientadas no sentido de melhorar competências).

##### **1.1.2. Em Portugal**

No final da década de 80 assistiu-se a um desenvolvimento do Serviço de Intervenção Precoce ao longo de todo o país. Contudo, verificou-se que de programa para programa havia diferenças significativas, como por exemplo, no

que respeita à identificação da população-alvo, objetivos, grau de envolvimento dos pais, intensidade e duração, entre outras variáveis (Serrano e Boavida, 2011; Santos, 2007).

Diversos autores consideram que os primórdios da intervenção precoce em Portugal se situam em dois tipos de recursos existentes nessa altura. A Direção Regional de Serviços e Orientação Psicológica (D.S.O.I.P), pertencente ao Centro Regional da Segurança Social de Lisboa, deu origem ao Centro de Observação Médico-pedagógica (COMP), atualmente Centro de Estudos e Apoio à criança e à Família (CEACF), que assumia a tarefa do apoio precoce especializado a crianças em situação de risco ou deficiência do distrito de Lisboa. O Projeto Águeda que posteriormente culminou no Projeto Integrado de Intervenção Precoce do Distrito de Coimbra, criado com o objetivo de organizar recursos que proporcionassem uma resposta às crianças em risco e com deficiência, de diferentes idades, que se encontravam em atendimento no concelho de Águeda (Almeida, 2009; Santos, 2007)

Assim, em pouco mais de uma década, assistiu-se a um rápido crescimento deste serviço emergente que, até aqui, se encontrava assente numa perspetiva centrada na criança, embora rumando já para um enquadramento conceptual diferente, baseado na comunidade, consolidado pela implementação do Projeto Coimbra (Boavida e Carvalho, 2003).

Na perspetiva dos autores deste projeto, este novo modelo de Intervenção Precoce centra os seus desafios em algumas preocupações consideradas fundamentais: como apoiar as famílias e as relações pais-filho em um momento tão vulnerável, como ajudar as famílias a tornarem-se membros iguais da equipa, como escolher práticas baseadas em evidências, como organizar estes serviços e como ajudar os praticantes a adotar este novo modelo (Serrano e Boavida, 2011).

O Projeto Coimbra desenvolveu um sistema fornecedor de serviços individualizados a crianças e famílias, utilizando os recursos formais e informais disponíveis na comunidade, envolvendo os diversos sistemas de saúde, educação e serviço social, num esforço colaborativo, contando também com o envolvimento dos pais (Serrano e Boavida, 2011; Carvalho, 2004).

Em Outubro de 1999 foi homologada a primeira legislação referente ao Serviço de Intervenção Precoce em Portugal. O Despacho-conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro constitui um marco referencial na evolução do modelo de Intervenção Precoce pois o enfoque é colocado na criança no seu contexto familiar, sendo a família considerada como unidade funcional da comunidade, e coloca de parte uma atuação centrada exclusivamente na criança e nos seus problemas.

Esta legislação reforça ainda a ideia de que a atuação da Intervenção Precoce é multidisciplinar, devendo para isso ser constituída por profissionais de educação, saúde e serviços sociais que deverão atuar no desenvolvimento das crianças com necessidades especiais em idades compreendidas entre os zero e os seis anos de idade (Serrano e Boavida, 2011).

No entanto, a aplicabilidade desta legislação não foi visível em todo o país. Em algumas regiões não chegou mesmo a ser implementada, por um lado, devido à falta de envolvimento das autoridades políticas regionais, e por outro, pelo facto de se tratar de um despacho-conjunto, não tendo o mesmo impacto como um outro qualquer decreto-lei (Serrano e Boavida, 2011).

Em Outubro de 2009, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 281/09 o qual sustentou a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) propondo uma estrutura que define claramente a implementação do SNIPI a nível nacional.

O microsite<sup>1</sup> do SNIPI oficializa que “O SNIPI funciona através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade e tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social.”

A intervenção precoce encontra-se direcionada a crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento, numa

---

<sup>1</sup> <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?pl=&id=5525&acess=0>

perspetiva de futura participação e inclusão social, enquanto cidadãos de pleno direito.

Quando mais precocemente a intervenção ocorrer, na criança e sua família, mais probabilidades existem de as limitações funcionais já existentes serem minimizadas, prevenindo ainda os fatores que afetam negativamente o seu crescimento e desenvolvimento, bem como a sua participação autónoma e responsável na vida social.

No microsite, pode ainda ler-se que "A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível..." devendo "ser acionados os mecanismos necessários à definição de um plano individual (Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP) atento às necessidades das famílias, a ser elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representem todos os serviços que são chamados a intervir."

O PIIP deve constituir-se como um instrumento organizador para todos os intervenientes, estabelecer um diagnóstico adequado que tenha em conta tanto os problemas da criança como o seu potencial de desenvolvimento, a par das alterações a introduzir no meio ambiente.

O sistema de intervenção precoce deve pois assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos e dos organismos públicos, sendo essencial integrar, tão precocemente quanto possível, os serviços de saúde, de apoio social e escolar, onde as famílias se suportam.

Estes serviços são agora compostos por ELI constituídas por profissionais da área da saúde, educação e do serviço social, que centram a sua atenção não só na criança como incluem a família como o focus do planeamento e alvo da intervenção (Serrano & Boavida, 2011).

## **1.2. Teorias do desenvolvimento que sustentam a intervenção precoce**

### **1.2.1. Modelo ecológico**

O modelo ecológico (Almeida, 2009 cit. Bronfenbrenner, 1979, 1995) salienta a importância das trocas do binómio organismo-meio, que constitui uma rede complexa de inter-relações através das quais o desenvolvimento se processa, não podendo, portanto, ser compreendido independentemente dos contextos em que ocorre. Reflete ainda sobre a forma como as crianças se desenvolvem no seu dia-a-dia, preocupando-se mais até com a influência do meio envolvente do que com a contribuição do indivíduo nesse processo. Assim, define de forma hierarquizada os contextos de desenvolvimento, em que a criança se apresenta no centro, seguindo-se quatro níveis progressivamente mais complexos.

O microssistema é definido como o ambiente (casa, creche ou escola, etc) onde a criança em desenvolvimento estabelece relações face-a-face, estáveis e significativas. Neste sistema é fundamental que as relações estabelecidas tenham como características: reciprocidade (o que um indivíduo faz dentro do contexto de relação influencia o outro, e vice-versa), equilíbrio de poder (onde quem tem o domínio da relação passa gradualmente este poder para a pessoa em desenvolvimento, dentro das suas capacidades e necessidades) e afeto (que pontua o estabelecimento e perpetuação de sentimentos - de preferência positivos - no decorrer do processo).

A participação da criança em mais do que um ambiente com as características acima descritas insere-a num mesossistema, sendo este definido como um conjunto de microssistemas. A transição da criança de um para vários microssistemas (família, escola, vizinhança, etc), a transição ecológica, é um processo de socialização que promove o seu desenvolvimento.

O exossistema engloba os ambientes onde a criança não se encontra presente, mas que a afetam. As decisões tomadas pela escola, os programas propostos por grupos, as relações dos seus pais no ambiente de trabalho, etc.

Por último o macrosistema, que abrange os sistemas de valores e crenças das diversas culturas.

A relação entre estes quatro sistemas é coerente, demarcando a interação dinâmica entre eles.

Posteriormente, Bronfenbrenner propõe uma reformulação ao modelo original em que realça a importância dos processos proximais, definidos como aqueles que ocorrem nos contextos imediatos que contêm a criança em desenvolvimento e que têm uma influência direta nesse mesmo desenvolvimento, distinguindo-os dos processos distais que são os que ocorrem nos contextos mais afastados e que, ao influenciarem os primeiros, têm uma influência indireta no desenvolvimento da criança.

Almeida (2009) citando Bronfenbrenner (1999) assinala ainda cinco aspetos, fundamentais para definir os processos proximais: para que o desenvolvimento ocorra é necessário que a criança esteja envolvida numa atividade; para ser efetiva, a interação deve acontecer de forma regular e por períodos longos de tempo; as atividades devem ser progressivamente mais complexas e daí a necessidade de um período estável de tempo; para que os processos proximais sejam efetivos, deve existir uma reciprocidade nas relações interpessoais; por fim, para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da criança em desenvolvimento.

### **1.2.2. Modelo transacional**

O modelo transacional afirma que o desenvolvimento é considerado produto das interações dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência fornecida pela família e pelo contexto social (Carvalho, 2004 e Almeida, 2009 cit. Sameroff e Fiese, 1990)

Este modelo dá ênfase à reciprocidade e bidirecionalidade da relação entre a biologia e o ambiente (Carvalho, 2004 e Almeida, 2009 cit. Sameroff e Chandler, 1975). Nesta perspetiva, Almeida (2009) reflete que as situações de risco biológico ou social, suscetíveis de afetar o desenvolvimento durante os

primeiros anos de vida, podem ser atenuadas ou potencializadas, respetivamente, por condições do meio, favoráveis ou desfavoráveis.

Princípios regulatórios específicos: as macro-regulações, mudanças importantes que permanecem por períodos longos de tempo; as mini-regulações, atividades da rotina repetidas diariamente; micro-regulações, interações momentâneas inconsistentes entre a criança e o prestador de cuidados.

Categorias de intervenção: Remediação, incide na alteração de uma condição identificada na criança, alteração esta protagonizada pelo profissional fora do sistema familiar; Redefinição, incide numa modificação da forma como os pais percebem a criança, nos casos em que a vêem como desajustada relativamente aos seus códigos familiares. A intervenção deverá focar-se nos pontos fortes da criança e alterar a forma como os pais interpretam o comportamento da criança; Reeducação, incide na passagem de novos conhecimentos e competências aos pais.

### **1.3. Boas práticas em Intervenção Precoce**

#### **1.3.1. A aprendizagem nos contextos naturais**

Dunst e colaboradores (2001) afirmam que o objetivo da intervenção precoce é o de responder às necessidades da criança, em termos de desenvolvimento, e às da sua família, as relacionadas com a promoção do desenvolvimento dessa criança, pelo que as oportunidades de aprendizagem terão que obrigatoriamente ter em consideração os ambientes naturais.

“Ecological systems theory reminds us that children develop within a context of environmental influences that have direct and indirect effects on them. To truly understand the course of children’s development, and create a plan to promote their development, we have to understand the perceptions, values, beliefs, supports, resources, and daily lives that make up the context of their development”.

(McWilliam, 2010, p. 10)

### **1.3.2. Equipa transdisciplinar**

A intervenção precoce tem por base a teoria ecológica, estando o desenvolvimento da criança ligado às interações e transações com a comunidade envolvente e em que a família se torna imprescindível. Para uma intervenção eficaz, a intervenção precoce é constituída por uma equipa com membros de áreas de especialização diferentes mas que se mobilizam, coordenam e colaboram, na partilha dos mesmos objetivos e estratégias.

Na procura da caracterização de equipas eficazes, Bruder (1996) citado por Almeida (2009), após um profundo estudo efetuado, afirma que estas equipas possuem as seguintes características: um objetivo claro e fortemente valorizado, uma estrutura de equipa dirigida para os resultados, papéis e responsabilidades claramente definidos, um sistema de comunicação eficaz, monitorização individual e feedback, elementos de equipa competentes, um empenhamento comum, um clima de colaboração, critérios de excelência, apoio e reconhecimento externo e uma liderança com base em princípios e eficaz.

McWilliam (2010) refere cinco princípios fundamentais a ter presentes pelos membros das equipas: é a família que influencia a criança e nós podemos influenciar a família; as crianças aprendem ao longo do dia; intervenção precoce não é o fornecimento de aulas semanais; toda a intervenção para as crianças ocorre entre as visitas; por fim, é a intervenção máxima que a criança precisa, não os serviços máximos.

Sobre a mesma temática, Matos (2010) citando Reinhiller (1996), e Johnson e Noga, (1998), descreve um processo de comunicação a três níveis: a comunicação formal – permite o conhecimento mútuo do grupo, o estabelecimento de objetivos e a exploração de experiências; a comunicação aberta e espontânea - emergência da responsabilidade partilhada, demarcação de áreas de conhecimento, negociação de papéis e construção de relações interpessoais; o relacionamento colaborativo – comunicação e interação aberta de confiança mútua e espontaneidade, menor resistência à mudança.



Neste processo a equipa aprende a antecipar, delegar e a respeitar as capacidades de todos e de cada um, apelando ainda à colaboração entre pais e profissionais.

“...transdisciplinaridade: o desenvolvimento de competências múltiplas que ultrapassem definitivamente o treino técnico que corresponde a uma especialidade. A formação transdisciplinar exige certamente o desenvolvimento de competências no domínio das relações interpessoais e do trabalho em equipe....da co-responsabilidade.”

(Franco, 2007, p.119)

### **1.3.3. O envolvimento das famílias**

No início da década, após a implementação do Serviço de Intervenção Precoce, verificou-se que o nível de envolvimento dos pais na planificação da intervenção era relativamente baixo, apesar da evidente e crescente consciencialização da importância da família como alvo de intervenção destes serviços (Serrano e Boavida, 2011; Carvalho, 2004; Santos, 2007).

De acordo com os autores, nos dias de hoje, estamos perante um modelo de intervenção centrado na família resultante de uma evolução de vários modelos e abordagens de intervenção implementadas ao longo dos tempos, tais como o modelo que entendia a família como aliada ou o modelo focado na família mas que, infelizmente se revelaram ser insuficientes (Serrano e Boavida, 2011; Carvalho, 2004; Santos, 2007).

Assim, e numa perspetiva de progresso para um nível superior de participação dos pais no processo de intervenção, os autores identificam dois fatores de contribuição relevantes, sendo eles a adoção de um modelo de equipa transdisciplinar e o uso do Plano Individualizado de Apoio à Família (actualmente designado PIIP) como um processo para ser desenvolvido e implementado, como um suporte às metas e objetivos identificados pelas famílias (Serrano e Boavida, 2011 cit. Espe-Shewindt e Boavida, 1997).

Uma abordagem transdisciplinar permite a criação de oportunidades para as famílias e profissionais trabalharem juntos. Nesta abordagem as famílias são

encaradas como membros da equipa, que partilham informação acerca das necessidades e pontos fortes da criança com necessidades especiais (Serrano e Boavida, 2011 cit. McGonigel, Woodruff & Roszmann-Millican, 1994).

Dotados de uma sabedoria incomparável no que diz respeito ao conhecimento da criança, a família assume um papel de enorme importância uma vez que os torna num incomparável recurso no processo de intervenção (Serrano e Boavida, 2011 cit. Deal, Dunst & Trivette, 1994).

Attitudes and behaviours such as positiveness, responsiveness, orientation to the whole family, friendliness, and sensitivity. What we attend to includes the needs of family members in addition to the child's, following the theory what affects one family member has an impact on all other family members.”  
(McWilliam, 2010 , p. 5 )

#### **1.3.4. A articulação entre serviços**

Bruner (1991) afirma que a colaboração é um processo para atingir objetivos que não podem ser obtidos quando se atua isoladamente, ou pelo menos, não se atingem da forma mais eficiente. Como processo é um meio para atingir um fim, fim esse desejado que é um serviço mais abrangente e adequado.

Assim a colaboração inclui o desenvolvimento conjunto e coordenado visando objetivos comuns, a responsabilidade compartilhada para a obtenção desses mesmos objetivos e o uso da experiência individual de cada colaborador.

*“Todas as famílias precisam de apoio, em algum momento – apoio que transcende a missão de um serviço isolado...a colaboração entre serviços constitui um mecanismo importante para ir ao encontro das múltiplas necessidades de pais e crianças.”*  
(Bruner, 1991)

## **Capítulo 2 - O terapeuta da fala na Equipa de Intervenção Precoce**

### **2.1. A importância de uma intervenção precoce no domínio das perturbações da comunicação e linguagem**

De acordo com o *National Scientific Council on The Developing Child* as influências interativas e as experiências são consideradas como veículos promotores do desenvolvimento cerebral resultante das interações naturais da criança com os prestadores de cuidados, suas famílias e a comunidade em que se insere.

Sendo a plasticidade neuronal uma característica do desenvolvimento que ocorre nos primeiros anos de vida, e que vai diminuindo com a idade, é nesta altura que ocorrem as chamadas janelas de oportunidade que devem ser cuidadosamente direcionadas para o desenvolvimento dos circuitos cerebrais que não executam as suas funções da forma esperada, principalmente no caso de crianças com padrões de desenvolvimento atípicos (Serrano e Boavida, 2011; Santos, 2007).

Tendo em conta esta linha de pensamento, os autores Serrano e Boavida (2011) defendem que a Intervenção Precoce desempenha um papel fundamental na prevenção de resultados negativos e na maximização de oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem para crianças com necessidades especiais, assim como no apoio às famílias e na identificação de recursos que respondam às necessidades das mesmas, no sentido de melhorar os padrões de interação entre pais-criança.

De acordo com Serrano e Boavida (2011) citando Dunst (2000) referem que estamos perante a terceira geração do modelo de Intervenção Precoce que estabelece como alvo a intervenção com a família, enfatizando a importância das influências ambientais, sendo implicado ainda o aconselhamento e orientação na intervenção parental, ao mesmo tempo que reconhece a importância do conhecimento que os pais têm acerca da criança.

Nesta perspetiva, os autores defendem que a prática deste modelo de Intervenção Precoce, centrado na família, reforça e promove a aquisição de novas

competências necessárias ao desempenho das responsabilidades dos pais, promovendo novas oportunidades de aprendizagem para os seus filhos. Torna-se, portanto, necessário o conhecimento e a compreensão das redes de apoio social das famílias entre outras variáveis, que influenciam o desenvolvimento da criança (Serrano e Boavida, 2011).

Uma vez reconhecida a importância de que múltiplos fatores desempenham no desenvolvimento da criança e, sendo este desenvolvimento contínuo, com contributos de fatores internos e externos, o modelo ecológico de intervenção enfatiza a importância dos ambientes naturais como fonte de oportunidades de aprendizagem (Serrano e Boavida, 2011 cit. Dunst, 1995).

De acordo com os autores, estes contextos naturais de aprendizagem podem ser encontrados nas situações de vida comum, tendo contribuições significativas para a aprendizagem e desenvolvimento das crianças (Serrano e Boavida, 2011 cit. Mead, 1954)

De acordo com McWilliam, a aprendizagem das crianças ocorre na sequência de repetidas interações com o meio ambiente, dispersas ao longo do tempo. Assim, a intervenção terapêutica e especializada deve ocorrer, tanto quanto possível, junto de outras crianças e em contexto de sala de aula, sem prejudicar as rotinas e atividades.

Contudo, os autores alertam que esta metodologia pressupõe uma boa colaboração entre todos os parceiros, pelo que se torna fundamental o planeamento complexo entre educadores, profissionais e pais, pressupondo sempre a criação de oportunidades incorporadas nas rotinas diárias (Serrano e Boavida, 2011, cit. Bricker, 1989; Sandall e Schwartz, 2002).

Assim, o estabelecimento de metas e objetivos educacionais para assegurar a aprendizagem e o desenvolvimento de crianças com necessidades especiais constitui a base fundamental de suporte da metodologia implícita deste modelo de Intervenção Precoce.

Dadas as necessidades das crianças e tendo em conta as suas características, as crianças com necessidades especiais ao realizarem uma aprendizagem sem apoio torna-as ainda mais vulneráveis, isto porque, dada a sua dependência dos outros, tal facto impede-as de aprender bem por contra

própria. Ao desenvolverem-se de uma forma mais lenta que os seus pares, as suas limitações interferem com as suas interações naturais e, ao realizarem essas aprendizagens sem suporte, poderá resultar na aquisição de mais limitações (Serrano e Boavida, 2011 cit. McLean e Smith, 2000).

Na perspetiva dos autores, e tendo em conta estes aspetos, o apoio na aprendizagem deve ser realizado utilizando uma variedade de formas que incluam experiências dentro dos seus ambientes naturais, inseridos nas suas rotinas diárias, e nos diversos contextos em que a criança está inserida, quer seja na sala de aula ou em casa (Serrano e Boavida, 2011 cit. Widerstorm, 2004).

Almeida e colaboradores (2011) reportando-se para os autores Warren e Horn (1966), refere que a característica da previsibilidade das rotinas é muito importante para a aprendizagem das crianças.

Serrano e Boavida (2011) citando Warren e Horn (1966), acrescentam ainda, que a previsibilidade das rotinas deverá tornar-se numa constante da aprendizagem, uma vez que as crianças com necessidades especiais, ao adquirirem determinadas aptidões, podem dispor de mais energia na aprendizagem de outras. A introdução de novos elementos de diferenciação numa rotina que para a criança já é familiar, torna-se no momento ideal para esta aprender novas habilidades.

Assim, a prestação de serviços pela Intervenção Precoce deve concentrar-se na aplicação de metodologias integradas nos contextos de aprendizagem natural da criança, ao invés das terapias isoladas em salas separadas, e enquadrar a perícia e o conhecimento dos variados técnicos que intervêm com a mesma, de uma forma colaborativa, a fim de se encontrarem estratégias de aprendizagem relevantes (Serrano e Boavida, 2011 cit. Hanft e Pilkington, 2000).

Os autores defendem que a integração do conhecimento profissional dos terapeutas na colaboração entre pais e outros elementos da equipa, fornece-lhes informações pertinentes e estratégias significativas que pretendem apoiar os adultos no seu esforço para melhorar o desempenho da criança no seu ambiente natural, de forma a promover o aumento da quantidade e qualidade de oportunidades para a criança com necessidades especiais aprender e se

desenvolver (Serrano e Boavida, 2011 cit. Warren e Horn, 1996; Gorgon 1987; Stokes, 1977).

Entendendo cada criança com necessidades únicas, a viver numa família com características únicas e dentro de uma comunidade específica, não se pode padronizar o modelo de intervenção.

De acordo com os autores, o planeamento e implementação do Plano de Intervenção de Apoio à Família, depende de inúmeras variáveis que fazem parte do contexto familiar, escolar e social, das atividades e rotinas da família, priorizando-se sempre os ambientes naturais nos quais a criança se insere (Serrano e Boavida, 2011 cit. Stayton e Bruder, 1999).

Assim, os autores defendem que uma interação transdisciplinar cria uma estrutura onde os profissionais das diferentes áreas trabalham em conjunto, com o objetivo de providenciar uma intervenção integrada combinando conhecimentos, saberes, competências e experiências dos diversos membros envolvidos (Serrano e Boavida, 2011 cit. Boavida, Espe-Sherwindt e Borges, 2000; Gallagher, 1997).

Nesta perspetiva, o sistema de intervenção, que Dunst e Bruder (2002) entendem por Intervenção Precoce, comporta o conjunto de serviços, apoios e recursos, destinados à criança e à sua família, no sentido de corresponder às necessidades específicas das primeiras e às necessidades das famílias no que se refere à promoção do desenvolvimento das suas crianças. Flores (1999), aludindo a vários autores tais como Dunst (1986), Dunst e Trivette (1987, 1988), Dunst, Trivette e Deal (1994), refere que o objetivo da intervenção centrada na família consiste em identificar as suas necessidades, os recursos e suportes formais e informais que podem satisfazer essas necessidades e ajudar as famílias a utilizar as suas capacidades.

Flores (1999), citando Dunst e Trivette (1987) e Shelton, Peppson e Johnson (1987), esclarece ainda que os dois termos, capacitar (*enabling*) e dar mais poder (*empower*), largamente utilizados em intervenção precoce, deixam transparecer o espírito de serviço centrado na família, tarefa complexa que pretende não substituir ou suplantar o papel das famílias mas antes apoiá-las enquanto prestadores de cuidados.

Nesse sentido, dos técnicos constituintes das equipas locais de intervenção precoce fazem parte os terapeutas da fala, técnicos privilegiados no conhecimento da área da linguagem, que avaliam e intervêm com o objetivo primordial de identificar as necessidades na criança e da família e capacitarem os pais para a melhoria e/ou colmatação das mesmas.

## **2.2. Papel (eis) do terapeuta da fala na equipa transdisciplinar: Generalista e/ou especialista**

Para a otimização do trabalho em intervenção precoce tornou-se imperativo designar dois tipos de categorias de serviço.

McWilliam (2010), define o generalista, denominado geralmente por responsável de caso, como profissionais treinados para lidar com uma ampla variedade de necessidades de desenvolvimento, comportamento e família. Nesta categoria inclui os educadores de intervenção precoce, psicólogos, assistentes sociais e outras disciplinas que incidam sobre o desenvolvimento e comportamento, sobre a criança e família.

Por outro lado, o especialista, denominado por visitador conjunto, treinado para lidar com um funcionamento específico sobre o desenvolvimento da criança. Esta categoria inclui o terapeuta da fala, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional.

Ainda McWilliam (2010) reflete sobre a distribuição de serviço que daí resulta, uma vez que o generalista passa a maior parte do seu tempo na realização de visitas domiciliárias sozinho, enquanto com o especialista acontece exatamente o oposto, numa proporção de 75/25.

As seguintes tabelas pretendem espelhar o que foi acima transcrito.

	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-Feira</b>	<b>Quarta-Feira</b>	<b>Quinta-Feira</b>	<b>Sexta-Feira</b>
<b>Manhã</b>	Generalista	Especialista	No gabinete	Generalista	Generalista
	Generalista	Especialista		Generalista	Generalista
<b>Tarde</b>	Generalista	Generalista		Especialista	Generalista
	Generalista	Generalista		Especialista	Generalista

Tabela 1: Exemplificação da construção de horário para o generalista/responsável de caso<sup>2</sup>

	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-Feira</b>	<b>Quarta-Feira</b>	<b>Quinta-Feira</b>	<b>Sexta-Feira</b>
<b>Manhã</b>	Generalista	Especialista	No gabinete	Generalista	Especialista
	Generalista	Especialista		Generalista	Especialista
<b>Tarde</b>	Especialista	Especialista		Especialista	Especialista
	Especialista	Especialista		Especialista	Especialista

Tabela 2: Exemplificação da construção de horário para o especialista.<sup>3</sup>

Concluindo, o generalista irá fazer as suas visitas sozinho em 75% do seu horário e irá realizar visitas conjuntas, assumindo um papel de especialista em 25% do seu horário. Ao contrário, o especialista irá realizar visitas conjuntas em 75% do seu horário e fará visitas domiciliárias sozinho assumindo um papel de generalista em 25% dos casos.

Franco (2007) afirma que o papel de responsável de caso ultrapassa os limites de qualquer formação especializada, considerando que esse é o desafio formativo da transdisciplinaridade ou seja, ...”o desenvolvimento de competências múltiplas que ultrapassem definitivamente o treino técnico que corresponde a uma especialidade. A formação transdisciplinar exige certamente o desenvolvimento de competências no domínio das relações interpessoais e do trabalho de equipa” (Franco, 2007, pág. 119).

<sup>2</sup> Tradução e adaptação de McWilliam (2010).

<sup>3</sup> Tradução e adaptação de McWilliam (2010).



### **2.3. Funções, atividades e responsabilidades do terapeuta da fala no âmbito da metodologia de intervenção precoce**

O reconhecimento do crescente envolvimento do terapeuta da fala nos serviços de intervenção precoce, tem sido alvo de reflexão e documentação das linhas orientadoras do seu papel. As investigações realizadas, pretendem fundamentar não só o papel do terapeuta da fala mas também se tem iniciado o registo de práticas baseadas na evidência.

De acordo com a *American Speech Language Hearing Association* (2008) para a execução de uma prática eficaz são necessários conhecimentos basilares: o desenvolvimento humano é formado por uma interação dinâmica e contínua entre a biologia e a experiência; a cultura influencia todos os aspetos do desenvolvimento humano e as crenças refletem-se nas práticas destinadas a promover a adaptação saudável da criança; o crescimento da autorregulação é uma pedra angular do desenvolvimento que atravessa todos os domínios do comportamento; as crianças são participantes ativos no seu próprio desenvolvimento, refletindo a unidade intrínseca humana para explorar e dominar o seu próprio ambiente; relações humanas, e suas interações dinâmicas, são os blocos de construção de um desenvolvimento saudável; a ampla gama de diferenças individuais entre as crianças torna muitas vezes difícil distinguir variações normais e atrasos maturacionais de distúrbios transitórios e imparidades persistentes; o desenvolvimento das crianças desenrola-se ao longo de caminhos individuais, cujos percursos são caracterizados por continuidades e descontinuidades, bem como por uma série de transições significativas; o desenvolvimento humano é moldado pela interação permanente entre as fontes de vulnerabilidade e fontes de resiliência; o momento das primeiras experiências pode ser importante, mas, mais frequentemente do que não, a criança em desenvolvimento continua vulnerável a riscos e aberta a influências protetoras ao longo dos primeiros anos de vida e para a vida adulta; por fim, o curso de desenvolvimento pode ser alterado na primeira infância por intervenções eficazes que alteram o equilíbrio entre o risco e a proteção, deslocando assim a diferença em favor de resultados mais adaptativos.

Além dos conhecimentos base necessários a uma intervenção eficaz é fulcral o conhecimento aprofundado de uma série de conhecimentos orientadores. Assim, apresenta-se os quatro princípios orientadores e descreve-se sucintamente cada um deles:

O primeiro princípio orientador remete-nos para: os serviços são centrados na família, enfatizam o papel da família como central em todos os aspetos do processo de tomada de decisões sobre a criança, o tipo de envolvimento e a adoção de uma variedade de funções tais como: identificação de qualquer problema da criança; identificação das prioridades, recursos e expectativas em relação ao desenvolvimento da criança; tomada de decisão sobre os parâmetros de avaliação adequada à sua criança (inclui definição, o tempo, a avaliação formal e/ou informal, formulação de questões de avaliação, entre outros fatores que as famílias acreditam que irá permitir que o avaliador obtenha uma amostra representativa do comportamento da criança); a recolha de informações a partir de uma variedade de fontes; avaliação dos pontos fortes da criança, necessidades, rotinas diárias e ambientes naturais; busca de informação para avaliações adicionais, recursos ou serviços relacionados com o desenvolvimento da criança e necessidades da família; redação e implementação de planos de intervenção; implementação das estratégias de intervenção no âmbito das atividades diárias e rotinas; partilha de informações com os elementos envolvidos na intervenção; feedback sobre a eficácia de todos os aspetos da prestação de serviços; por fim, identificar as informações e os recursos necessários para facilitar a sua família a implementar as abordagens para apoiar o desenvolvimento da criança.

Seguindo este princípio orientador, o terapeuta da fala, na execução da sua prática de partilha e transmissão de conhecimento tem que ter a capacidade de: estabelecer uma filiação positiva; uso colaborativo da resolução de problemas; compreender as fronteiras profissionais e familiares; uso de estratégias de parcerias; por fim, estar ciente do impacto dos seus próprios valores, crenças, atitudes e experiências passado bem como, o impacto na família da informação transmitida.

Ainda, transversal a todos estes itens, as habilidades interpessoais eficazes de comunicação para o desenvolvimento de relações de colaboração.

O segundo princípio orientador: os serviços de apoio ao desenvolvimento pretendem promover a participação das crianças nos seus contextos naturais. Os serviços de intervenção precoce são suportados por modelos teóricos do desenvolvimento da criança que assumem que a criança aprende e se desenvolve dentro de um contexto social.

Seguindo este princípio orientador, o terapeuta da fala, deve exercer as suas funções com uma compreensão abrangente da importância do desenvolvimento social e emocional como um organizador do desenvolvimento global, o desenvolvimento global da criança que surge através das inter-relações. As práticas de intervenção devem incluir a exploração ativa e a manipulação dos objetos, experiências autênticas e participação ativa adequada à idade da criança, ao nível cognitivo, compreendendo os pontos fortes, as preocupações da família e prioridades.

O terceiro princípio orientador: os serviços são abrangentes coordenados pela equipa de base. Assim, os serviços devem abordar e serem suportes para todas as áreas de preocupações da criança e da família e são entregues a profissionais que colaboram ativamente com todos os membros da equipa e família de forma a garantir a execução de um plano de intervenção eficaz e apropriado.

Seguindo este principal orientador, o terapeuta da fala, como membro da equipa tem o papel de: fornecer informações sobre a fala, linguagem, comunicação, alimentação/deglutição, desenvolvimento e distúrbios; conceber e implementar, avaliações; elaborar intervenções a serem integradas no plano de intervenção global. Em crianças pequenas que demonstrem défices principalmente nas áreas da linguagem, fala, alimentação e deglutição, o terapeuta da fala deve assumir a responsabilidade, ou seja, ser o responsável de caso.

O quarto princípio orientador: os serviços prestados são baseados na evidência e em práticas de qualidade. As práticas implementadas carecem de evidência quer externa e/ou interna.

Segundo este princípio orientador, o terapeuta da fala, terá de considerar os pontos fortes e limitações dos atuais estudos empíricos ao avaliar a preponderância e a qualidade da evidência para uma prática em intervenção precoce.

O terapeuta da fala é um profissional qualificado para prestar serviços a famílias e crianças que estão em risco, ou já demonstram atrasos ou dificuldade na linguagem, fala, alfabetização emergente, alimentação e deglutição. Assim, uma outra questão a abordar são as funções do terapeuta da fala.

Na prestação destes serviços o terapeuta da fala assume as seguintes funções:

**Prevenção:** no campo da intervenção precoce o terapeuta da fala tem oportunidade de desempenhar um papel importante na prevenção de alterações através da promoção de interações positivas entre a criança e os seus cuidadores (prevenção primária). Auxilia na deteção precoce de atrasos fazendo rastreios (prevenção secundária). Ainda, atuam num problema já existente evitando no futuro maiores dificuldades (prevenção terciária).

**Triagem e avaliação:** o terapeuta da fala realiza avaliações de rastreio que permitem definir critérios de elegibilidade e avaliações mais profundas que pretende descrever as necessidades da criança, preocupações, prioridades e recursos da família.

**Planeamento, implementação e monitorização da intervenção:** uma vez determinado um problemas de comunicação, os membros da equipa de intervenção precoce desenvolvem um plano de intervenção.

**Consulta e colaboração com a família e outros membros da equipa:** o terapeuta da fala pode assumir a função de consultor dos membros da equipa, da família e/ou outros colaboradores e outros serviços e profissionais que intervêm com a criança. Considerando que as crianças aprendem no seu seio familiar, em atividades naturais, o terapeuta da fala deve fornecer informações para a promoção de implementação de estratégias para aumentar a comunicação durante as rotinas diárias, criando maiores oportunidades de aprendizagem e de participação para a criança. O terapeuta da fala continuará a consultar a família e

profissionais para monitorizar o processo e participar na elaboração e/ou revisão dos planos de intervenção.

Coordenação de serviços: em alguns casos, o terapeuta da fala, pode assumir as funções de coordenador de serviços (em Portugal responsável de caso) assumindo nesse caso funções de responsável de caso.

Ações de promoção: o terapeuta da fala deverá assumir funções de promoção de documentos/produtos de trabalho com outros profissionais de disseminação de informações.

Sensibilização e promoção da base de dados de conhecimento em intervenção precoce: todos aqueles que investem na melhoria dos serviços para as crianças e famílias têm a responsabilidade de atualizar constantemente os seus conhecimentos.



## **Parte II – Estudo Empírico**

### **Capítulo 3 – Metodologia de investigação**

#### **3.1. Fundamentação, questão de partida e objetivo da investigação**

A constante procura de bases teóricas que validem e orientem o terapeuta da fala na Intervenção Precoce, assim como a incessante procura de atualização e melhoria de práticas, estiveram na base da motivação e interesse da realização deste estágio.

Deste modo colocámos a seguinte questão de base: que papéis e funções assume o terapeuta da fala enquanto membro integrante de uma equipa transdisciplinar de Intervenção Precoce na Infância?

Enquanto membro de uma equipa, a sua ação pode ser observada a vários níveis, nomeadamente ao nível da orgânica da própria equipa, do envolvimento da família ou da articulação entre serviços. Este estudo tem pois como objetivo analisar os papéis e funções do terapeuta da fala nas Equipas Locais de Intervenção Precoce.

#### **3.2. Procedimentos**

Para a concretização deste estágio foi necessário a obtenção da autorização, da Subcomissão Regional/Centro do SNIPI, sistema nacional que dirige o serviço de intervenção precoce à qual se enviou via correio eletrónico um pedido formal (apêndice I) e à direção da ANIP (apêndice II), entidade protocolada com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Recolhidas as autorizações procedeu-se à pesquisa bibliográfica sobre a temática de intervenção precoce e sobre as funções e papéis do terapeuta da fala como membro integrante das equipas locais de intervenção precoce seguindo um modelo transdisciplinar.

Após a recolha da bibliografia procedeu-se à sua análise. Cumulativamente procedia-se ao registo e reflexão sobre as diversas situações que ocorreram ao

longo do tempo, enquanto membro integrante de quatro equipas de intervenção precoce da região centro.

### **3.3. Desenho da investigação**

De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, pois assenta num processo racional e é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos (Fortin, 2003). Assim, a investigação consiste em alargar o campo de conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência. O estudo sistemático de fenómenos conduz à descoberta e ao aumento de saberes específicos (Fortin, 2003), devendo a aquisição de novos conhecimentos refletir-se numa prática mais eficaz e diretiva.

Em qualquer projeto de investigação, o investigador necessita de delinear a metodologia a seguir, a fim de atingir um determinado objetivo. Quivy e Campenhoudt (1998, pág. 15) afirmam: “importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho...”.

Atendendo à especificidade do papel do terapeuta da fala nas equipas de intervenção precoce, é fundamental a realização de estudos efetivos que permitam aprofundar o conhecimento desse mesmo papel, as suas responsabilidades e atividades, aumentando assim, também, a eficácia da sua participação.

A metodologia a utilizar é de teor qualitativo. Fortin (2003, pág. 234) enuncia as preocupações do investigador que utiliza uma abordagem qualitativa e que procura validar os dados conhecidos: “... os dados colhidos pelo investigador refletem a realidade, dito de uma forma, são exatos? O investigador em investigação qualitativa deve preocupar-se com a qualidade dos dados e proceder de forma que estes reflitam o estado atual das experiências humanas...”

Face à especificidade da questão de base, o presente estudo é de carácter descritivo simples. Segundo Fortin (2003, pág. 162) nos estudos descritivos



simples “...as questões são mais precisas...”, consiste simplesmente em descrever um fenómeno.

### **3.4. Contexto de intervenção de estágio**

O local selecionado para a realização do estágio/estudo será o contexto alargado (domicílio, local de reuniões,...) das crianças apoiadas no âmbito do SNIPI, em quatro concelhos do distrito de Aveiro, correspondendo à área de atuação da entidade empregadora da estagiária.

Assim, nesta investigação estão envolvidos, direta e indiretamente, a estagiária, as famílias, as crianças, os membros integrantes das equipas locais de intervenção da região centro e outros profissionais de outros serviços que, cumulativamente, acompanham a criança. O denominador comum é o fato de as crianças se enquadrarem nos critérios de elegibilidade do SNIPI.

Ainda segundo Fortin (2003) e em relação ao meio, o presente estudo define-se como um estudo em meio natural, o que significa que será efetuado fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. Esta metodologia enquadra-se no local onde o estágio é realizado uma vez que os serviços de intervenção precoce privilegiam uma intervenção nos contextos naturais da criança.

### **3.5. Recolha e registo de dados**

O instrumento de recolha de dados é o utensílio utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa (Gil, 1995).

No âmbito desta investigação o método de colheita de dados contempla a observação participante. Segundo Clara Coutinho (s/d), na observação participante, é o próprio investigador o instrumento principal de observação. Ele integra o meio a investigar, “veste” o papel de ator social podendo assim ter acesso às perspetivas de outros seres humanos ao viver os mesmos problemas e as mesmas situações que eles. Assim, a participação tem por objetivo recolher

dados (sobre ações, opiniões ou perspectivas) aos quais um observador exterior não teria acesso. A observação participante é uma técnica de investigação qualitativa adequada ao investigador que pretende compreender, num meio social, um fenómeno que lhe é exterior e que lhe vai permitir integrar-se nas atividades/vivências das pessoas que nele vivem.

Neste tipo de observação, o investigador vive as situações e depois irá fazer os seus registos dos acontecimentos de acordo com a sua perspectiva/leitura. Permite recolher dois tipos de dados: os dados registados nas “notas de trabalho de campo”, que são do tipo da descrição narrativa e os dados que o investigador anota no seu “diário de bordo” que pertencem ao tipo da compreensão pois fazem apelo à sua própria subjetividade.

A este propósito Bogdan e Biklen (1994) referem que “Os investigadores qualitativos tentam interagir com os seus sujeitos de forma natural, não intrusiva e não ameaçadora. (...) Como os investigadores qualitativos estão empenhados no modo como as pessoas normalmente se comportam e pensam nos seus ambientes naturais, tentam agir de modo a que as atividades que ocorrem na sua presença não difiram significativamente daquilo que se passa na sua ausência” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 68).

Evertson e Green (1996) citados por Lessard-Hebert et al (1994), para quem a observação é encarada como um conjunto de utensílios de recolha de dados e um processo de tomadas de decisão, identificam quatro tipos principais de registo e de gravação dos dados na fase da observação. São eles: os sistemas categoriais, descritivos, narrativos e tecnológicos.

Segundo estas investigadoras, neste trabalho, a tipologia do sistema de registo dos dados de observação selecionados será de teor descritivo.

Os sistemas descritivos “tendem a basear-se numa análise retrospectiva de acontecimentos já registados. (...)” (Lessard-Hebert et al, 1994 cit. Evertson e Green, 1986, p.177).

Os sistemas narrativos baseiam-se na elaboração de um registo escrito dos dados numa linguagem corrente do quotidiano. Este registo pode fazer-se no momento da observação de um acontecimento ou no desenrolar de um conjunto de acontecimentos que decorreram num período de tempo.

Concretamente no nosso estágio, fomos registando a nossa ação num diário de campo, em diferentes momentos, havendo registos efetuados paralelamente às observações, e outros, fruto de análise e reflexão individual e em grupo.

### **3.6. Apresentação e tratamento dos dados**

A apresentação de dados nas metodologias qualitativas consiste numa estruturação do conjunto de informações. Neste tipo de metodologias os dados consistem na sua maior parte dos casos e narrativas resultantes das observações e que por às vezes se apresentarem dispersos no tempo. Recolhidos os dados deve-se organizar toda a informação a fim de preparar a sua análise.

Neste trabalho apresentam-se os dados a partir da classificação por subtítulos ou por temas.

De acordo com Freixo (2011) uma forma de apresentar os dados recolhidos por intermédio da observação direta é através de títulos ou subtítulos, assim a apresentação por temas constitui uma forma de organização dos dados, exprimidos sobre a forma de palavras, reagrupados por parágrafos precedidos de um título.



## **Capítulo 4 – O terapeuta da fala enquanto membro integrante das Equipas Locais de intervenção na região centro**

Ao analisarmos a literatura existente sobre o serviço de intervenção precoce, de uma forma global, são inúmeros os autores existentes. Contudo, quando afunilamos a pesquisa para a participação do terapeuta da Fala, enquanto elemento da equipa e no que respeita a Portugal, a bibliografia é bastante mais escassa. Acreditamos que tal facto decorre da recente e oficial integração de terapeutas da fala nas Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELI).

Em Portugal, o papel e as funções do terapeuta da fala nas ELI é bastante diverso, não só nas funções que executa, mas, essencialmente, pelo modelo de trabalho de equipa adotado. As reflexões que apresentamos contemplam apenas uma parte da área geográfica abrangida pelos serviços de intervenção precoce, incidindo a nossa experiência de trabalho nas equipas locais de intervenção da região centro.

Relativamente ao papel e funções do terapeuta da fala nas ELI, o tema deste trabalho é bastante díspar a sua inclusão, a efetiva realização de um trabalho suportado por uma metodologia transdisciplinar, o seguimento de práticas centradas na família. Esta disparidade revela-se quando ouvimos palestras referentes a equipas locais de intervenção de todo o país, quando pesquisamos orientações sobre os nossos papéis, funções e atividades a cumprir.

Foi devido a esta indeterminação e a debates frequentemente pouco documentados que surgiu a necessidade da realização de um trabalho neste tema. É realizado a partir da recolha e análise de documentos já existentes e da descrição e reflexão das práticas das equipas com as quais trabalhamos diretamente, ou seja, das quais somos membros integrantes (quatro Equipas Locais de Intervenção precoce pertencente ao distrito de Aveiro) e indiretamente, ou seja, partilha de reuniões de trabalho com as terapeutas da fala que as integram (as demais ELI pertencentes ao distrito de Aveiro e as ELI pertencentes ao distrito de Coimbra, ambas protocoladas entre o SNIPI e a ANIP).

A nossa experiência, enquanto terapeuta da fala a cumprir funções no serviço de intervenção precoce, é bastante curta e remonta a apenas um ano e

meio. Desde a integração oficial dos terapeutas da fala nas ELI, os papéis e funções assumidos por este profissional têm sofrido inúmeras alterações, decorrentes do exercício da prática, das necessidades das famílias e das necessidades das equipas.

A intervenção precoce tem assistido a inúmeras modificações, não só no que diz respeito à inclusão oficial de terapeutas da fala nas suas equipas, mas por todas as alterações decorrentes da aplicação do decreto-lei 281/2009, ou seja, o aperfeiçoamento do modelo de intervenção precoce, a reorganização das equipas locais de intervenção precoce em termos de técnicos, a definição das áreas de abrangência, o entendimento sobre as crianças elegíveis.

Apesar de incidirmos sobre a evolução dos papéis e funções do terapeuta da fala na intervenção precoce é-nos impossível dissociar todas estas mudanças que ocorreram paralelamente. Porém, e cumprindo o objetivo pelo qual nos propusemos realizar este trabalho, descrevemos e refletimos apenas sobre o terapeuta da fala.

#### **4.1.O terapeuta da fala na equipa de intervenção precoce**

Correntemente associa-se a ação do terapeuta da fala à metodologia clínica, uma situação de intervenção maioritariamente de um-para-um, centrada ou focada na criança. Face à metodologia centrada na família fomentada pela intervenção precoce, tal conceção traduziu-se inicialmente numa barreira quer para o próprio profissional quer para os colegas da equipa.

Para a adoção de uma metodologia centrada na família, foi pois imprescindível a formação proporcionada pela Associação Nacional de Intervenção Precoce, que quebrou conceções consideradas como absolutas e mais completas.

Sem esquecer o contributo individual de cada área profissional, na intervenção precoce, o contributo de todos é maior do que a soma do contributo das várias partes. Os vários nomes que podem ser atribuídos ao técnico de intervenção precoce: gestor de caso, responsável de caso, visitador domiciliário, interlocutor junto da família, podem refletir o quanto a diferenciação profissional

de um técnico se pode diluir face ao seu papel enquanto técnico de intervenção precoce.

#### **4.1.1. O terapeuta da fala na equipa transdisciplinar**

As equipas locais de intervenção precoce são compostas por elementos de diferentes áreas disciplinares, podendo integrar médico, enfermeiro, educadores de infância, psicólogo, assistente social, terapeuta da fala e fisioterapeuta.

Reportando-nos às ELIS da realização deste estágio, uma equipa pode reunir duas a três vezes por mês na sede da ELI<sup>4</sup>, sendo a sua organização geral, para além da ordem de trabalhos, única e diferenciada. É organizada por diferentes tarefas, podendo incluir a receção e análise de fichas de referência, a receção de famílias para realização de primeiros contactos, a discussão e análise de casos, a planificação e agendamento de avaliações e intervenções.

Da nossa observação durante este estágio, salienta-se a prática não generalizada mas testemunhada pelas famílias e pelas equipas como eficaz, da receção das famílias em sede da ELI para a realização de primeiros contactos. Nessa receção, há uma gestão dos elementos presentes por forma a prevenir inibições, mas garantindo à família a total compreensão do funcionamento do SNIPI e da ELI. Tal é concretizado com a receção das famílias em sede de ELI, inicialmente por um número reduzido de elementos que apresentam o serviço, e que culmina com a apresentação de toda a equipa e dos técnicos individualmente. Para as famílias, a equipa passa a deter uma identidade bem definida com sede num local de referência.

#### **4.1.2. O terapeuta da fala e as famílias**

Consideramos um privilégio, comparativamente com outras metodologias, a oportunidade de acompanhamento das crianças e família no seu contexto natural, uma vez que acreditamos ser a forma mais fiel de obter um conhecimento holístico e conceber intervenções mais assertivas.

---

<sup>4</sup> As sedes das Equipas Locais de Intervenção Precoce podem ser consultadas no Microsite SNIPI: <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?pl=&id=5525&acess=0>

O processo de acompanhamento tem início com a receção da ficha de referenciação, seguida da realização dos primeiros contactos. A realização efetiva de um primeiro contacto onde é apresentada a equipa e a metodologia de trabalho de IPI revela-se crucial para o sucesso de todo o acompanhamento da criança e sua família.

Nas equipas às quais pertencemos verificamos duas formas distintas de realizar os primeiros contactos. Numa, a equipa decide em reunião quais os elementos que vão realizar os primeiros contactos, a família é contactada por estes técnicos e a família decide qual o local, podendo variar entre o domiciliário, o estabelecimento de ensino ou a sede da ELI. Noutra, a ELI convida os pais a realizar o primeiro contacto com a família na sede da ELI, conforme o descrito no ponto anterior.

Em qualquer dos casos, e no que respeita ao terapeuta da fala, é a função de generalista que domina enquanto recolhe e aborda todas as preocupações dos pais relativas a todas as áreas, tal como quando assume o acompanhamento à família enquanto visitador domiciliário. Porém, aquando da realização de uma avaliação do desenvolvimento quer global quer mais específico ao nível da terapia da fala, assume a função de especialista.

Em suma, enquanto generalista, ou seja, enquanto responsável de caso, o terapeuta da fala assume o acompanhamento de crianças cujos critérios de elegibilidade variam desde a existência de patologias comprovadas, suspeitas de patologias e riscos ambientais. Esta panóplia de condições requer um aprofundado envolvimento, na procura de respostas às preocupações e necessidades de cada família, preocupações essas que muitas vezes ultrapassam as suas competências iniciais e que têm que ser adquiridas e trabalhadas.

É neste momento que a equipa se torna imprescindível pois, embora cada criança tenha apenas um visitador domiciliário, todo o processo da criança é refletido e ponderado por todos os elementos da equipa. Assim, neste papel, o terapeuta da fala transcende as suas funções como especialista numa matéria e adquire competências que, estas também, se revelam específicas para cada criança.



#### **4.1.3. O terapeuta da fala e a articulação entre serviços**

A articulação de serviços ocorre em duas situações distintas, no que diz respeito ao terapeuta da fala.

Enquanto especialista, o terapeuta da fala, é solicitado para articular normalmente com profissionais da mesma área profissional que acompanham a criança numa metodologia mais direta. O objetivo destas reuniões de articulação é conseguir transpor objetivos que estão a ser trabalhados em contexto de situação de um para um e transformá-los em objetivos passíveis de serem atingidos em contexto natural da criança e enquadrados nas suas rotinas, para que as novas aquisições possam não só ser adquiridas com a maior brevidade possível mas com consistência e contextualização.

Considera-se que o PIIP é um plano multi abrangente que deve abarcar todos os serviços e acompanhamentos de que a criança beneficia, articulá-los, agilizá-los e implementá-los de forma consistente e frutífera, com a presença sistemática das equipas de intervenção precoce junto da criança no seu contexto, e dos seus prestadores de cuidados. Enquanto generalista, o terapeuta da fala realiza reuniões/encontros com todos os recursos de que a criança usufrui, novamente com a perspetiva que o PIIP é um plano mais abrangente do que qualquer plano individual de qualquer área disciplinar e no qual devem ser incluídos objetivos a desenvolver nas condições já anteriormente referidas.

#### **4.2. O terapeuta da fala na intervenção precoce: especialista *versus* generalista**

Relativamente à divisão de nomes e competências abordados no capítulo 2, ou seja, responsável de caso ou especialista, na nossa experiência o terapeuta da fala tem assumido em igual percentagem um e outro papel. Tal facto resulta de, se por um lado as equipas consideram fundamental as funções do terapeuta da fala essencialmente para avaliação e consultadoria, por outro lado a maior visibilidade que as equipas locais de intervenção adquiriram desde a

implementação do SNIPI, levaram a um aumento exponencial de crianças sinalizadas neste serviço e à consequente necessidade de serem atendidas com a maior brevidade possível.

É notória a dificuldade da equipa que recebe uma nova referenciação face à duplicidade em desejar ter o terapeuta da fala maioritariamente como especialista e, ao mesmo tempo, a necessidade urgente de dar resposta às crianças.

São frequentes as situações em que se verifica o dilema das equipas locais de intervenção precoce ao terem que optar por atribuir ao terapeuta da fala o papel de generalista, quando consideram mais frutífero atribuir-lhe em maior percentagem o papel de especialista.

Esta negociação de percentagens tem sido alvo de discussão em cada ELI uma vez que, em cada uma delas, é diferente a percentagem de tempo disponibilizado para cumprir funções de especialista e para cumprir funções de responsável de caso.

Esta disparidade de percentagem entre as equipas, tem por base o número de elementos disponíveis para assumir o papel de gestor de caso, por norma inferior ao número de elementos constituintes da ELI, o número de crianças atendidas e, ainda, a formação geral de cada equipa que faz variar as solicitações aos técnicos especialistas.

Após refletir sobre a divisão de tempos do terapeuta da fala, nos papéis de generalista e de técnico especialista, importa prosseguir na particularização de cada situação e na consequente reflexão que daí advém.

Enquanto generalista, importa ter presente desde o primeiro instante, o modelo transdisciplinar que as boas práticas de intervenção precoce preconizam. Importa assim, assumir um olhar treinado para a observação maioritária do desenvolvimento de todas as competências inerentes ao desenvolvimento global e harmonioso da criança. Contudo, tal capacidade de observação holística da criança na família, consegue-se apenas com treino e esforço, ao descentrar o observador da sua formação académica e profissão de especialista. Esta dualidade constituiu logo de início um desafio pessoal que, a nosso ver, na atualidade, culminou numa abordagem mais completa.

Como especialista, de alguma forma a tarefa parece mais facilitada, uma vez que põe à prova os conhecimentos académicos adquiridos. Contudo, a realidade mostra que o desafio se mantém, uma vez que tais conhecimentos se revelam absolutamente insuficientes, caso não consiga abarcar toda a situação familiar e de contexto, apelando aos recursos acessíveis para concretizar o seu papel.

Nesse sentido, e enquanto especialista, especifiquemos as nossas reflexões analisando algumas das funções do terapeuta da fala explanadas anteriormente, nomeadamente a função de avaliação, cuja concretização constituiu uma caminhada com ganhos inigualáveis. A avaliação transdisciplinar, e exercida de modo a fazer jus ao nome, tem sido também alvo de grande evolução.

Inicialmente, quando solicitados a realizar uma avaliação, a procura de uma pronta resposta impelia a que vários técnicos se deslocassem separadamente, resultando em análises isoladas e pouco transdisciplinares. E, quando posteriormente surgia a confrontação com a existência de diferentes relatórios, realizados por diferentes técnicos de forma isolada, constatava-se que a interpretação dos resultados prendia-se muito mais com uma visão de divisão de olhares sobre as competências da criança do que na desejada visão holística dessa mesma criança.

Refletiu-se então sobre a necessidade de mais informação, não só teórica, mas de como otimizar na prática o modelo transdisciplinar.

A procura constante de aproximação ao modelo transdisciplinar culminou com a investigação e a realização de formação nesta área, a efetivação de reuniões de discussão do tema e uma reflexão sobre as práticas adotadas. Neste momento, transcorridos quase dois anos de funcionamento em equipa, afirmamos humildemente que nos encontramos mais perto do modelo transdisciplinar.

O facto de todos os técnicos de intervenção precoce estarem envolvidos no acompanhamento em diferentes casos, obriga a uma análise aprofundada de cada proposta de avaliação, com vista a dar a melhor resposta, ou seja, analisar caso a caso, verificar quais os técnicos imprescindíveis em cada avaliação e agendá-la em consonância, o que por vezes se revela bastante difícil.

Apesar dos esforços dirigidos neste sentido, continua presente o consolidar na plenitude este objetivo. Importa, sem desrespeitar a especificidade de cada técnico, mas, pelo contrário, rentabilizar essa mesma especificidade, ultrapassar os limites e fronteiras de cada profissão.

## Considerações finais

Conforme preconizado na legislação em vigor, o objetivo primeiro do SNIP é o de garantir o desenvolvimento das crianças com dificuldades ou limitações.

Tal objetivo é conseguido com a atuação coordenada de parceiros, constituídos em equipa de intervenção precoce, das áreas da saúde, educação e segurança social, a par de um maior envolvimento das famílias e da comunidade, na criação de oportunidades para essas crianças, por forma a minimizar as consequências das suas limitações.

Deve ainda basilar-se na coresponsabilização de todos os intervenientes.

No presente estágio, pendemos a nossa atenção para um dos técnicos que constituem as equipas locais de intervenção precoce, o terapeuta da fala, nomeadamente o seu papel de generalista e/ou especialista, junto das crianças, famílias, membros da equipa e na articulação de serviços.

Ao longo do estágio verificaram-se alguns constrangimentos à obtenção de uma resposta consistente e geral a todas as equipas locais de intervenção que fizeram parte do contexto de estágio. De facto, e tal como referido nas observações retiradas do registo de campo, cada equipa pode revestir-se de formas diferentes de funcionamento orgânico de que decorrem diferentes reflexões.

No entanto, a questão de base foi respondida, conseguindo apurar, nos diferentes aspetos de participação, ou seja, enquanto elemento da equipa com intervenção na família, em articulação de serviços, em reuniões de equipa e outros contextos, a função especialista *versus* generalista que era assumida em cada uma das situações.

Foi ainda possível apurar a adequação de cada papel à situação em causa, quer pelo resultado da ação, quer pelo *feedback* das famílias, quer ainda pela reflexão em equipa de cada caso individualmente.

Num estudo posterior, seria desejável para maior rentabilização do técnico de intervenção precoce e de acordo com as expectativas das famílias e das equipas, ponderar a percentagem a atribuir a cada um destes papéis, generalista *versus* especialista.



## Bibliografia

Almeida, I. (2009). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Instituto Nacional para a Reabilitação. Lisboa.

Almeida, I., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto, A., Portugal, G., Santos, P. e Serrano, A. (2011). *Práticas de Intervenção Precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação e investigação*. Revista Análise Psicológica. Vol. 29, Nº 1, Pág.83-98

Almeida, J. e Pinto, J. (1990). *A investigação nas ciências sociais*. Editorial Presença. Lisboa.

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of Speech-Language Pathologist in Early Intervention. Technical Report. Acedido em: 12 de Janeiro de 2012, em [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy)

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: position statement*. Acedido em: 12 de Janeiro de 2012, em [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy) [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: guidelines*. Acedido em: 12 de Janeiro de 2012, em [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

Andrade, F. (2012). *Perturbações da Linguagem na Criança*. Universidade de Aveiro. Aveiro.

Baray, A. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Acedido em: 3

de Julho de 2012, em: [www.eumed.net/libros/2006c/203/](http://www.eumed.net/libros/2006c/203/)

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora. Porto.

Bruner (1991). *Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers to Help Policy Makers Improve Children's Services*. Acedido em: 5 de Junho de 2012 em: <http://www1.cyfernet.org/prog/comm/98-thinkco.html#question2>.

Carvalho, L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIIP do distrito de Coimbra*. Tese de mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Correr, R. (2003). *Deficiência e inclusão social – construindo uma nova comunidade*. Editora Universidade do Sagrado Coração. São Paulo.

Correia, L. e Serrano, A. (2000). *Envolvimento Parental em intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto Editora. Porto.

Costa, M. (2008). *Perturbações da linguagem na criança: caracterização e retrato tipo*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro

Coutinho, C. (s/d). *Técnicas de recolha de dados*. Acedido em Setembro de 2012 em: <http://claracoutinho.wikispaces.com/T%C3%A9cnicas+de+recolhas+de+dados>

Cruz, A., Fontes, F. e Carvalho, L. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: resultados da aplicação da escala ESFIP*. SNR. Lisboa

Decreto-lei 281/09, de 6 Outubro. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).



- Dunst, C. (2000). *Revisiting "Retinking early intervention"*. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 20, Nº 2, pág. 95-104.
- Dunst, C., Trivette, C., Humphries, T., Raab, M. e Roper, N. (2001). Contrasting approaches to natural learning environmental interventions. *Infants and young Children*, Vol. 14, Nº 2, Pág. 48-63
- Dunst, C. e Bruder, M. (2002). *Values outcomes of service coordination, early intervention and natural environments*. Council for Exceptional Children. Vol. 68, Nº 3, Pág. 361-375
- Dupuy, J. (2001). *Introdução às Ciências Sociais*. Instituto Piaget. Lisboa.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência. Loures.
- Flores, A. (1999). *Stress Maternal e Redes de Suporte Social - um estudo com mães de crianças com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Franco, V. (2007). *Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce*. *Interação em Psicologia*. Vol. 11, Nº 1, Pág. 113-121
- Freixo, M. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Instituto Piaget. Lisboa.
- Gil, C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas. São Paulo.
- Lessard-Hebert, M., Goyette, G. e Boutin G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Instituto Piaget. Lisboa.

- Matos, S. (2010). *Contributos para o estudo do perfil de competencias do professional de Intervenção Precoce: As perspectivas dos profissionais*. Tese de mestrado. Universidade do Minho. Braga.
- McWilliam, R. (2010). *Working with Families of Young Children With Special Needs*. The Guilford Press. New York.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa.
- Rigolet, S (2000). *Os Três P: Precoce, Progressivo, Positivo. Comunicação e Linguagem para uma Plena Expressão*. Coleção Educação Especial, Porto Editora. Porto.
- Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de Intervenção Precoce*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Serrano, A. e Boavida, J. (2011). *Early Childhood Intervention. The portuguese pathway towards inclusion*. Revista Educación Inclusiva. Vol. 4, N.º 1. Pág. 123-138.
- Silva, A e Pinto, J. (2009). *Metodologias das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento. Porto.

# **Anexo I**

**(Critérios de elegibilidade SNIPi)**



## Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância



### CrITÉRIOS de elegibilidade

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de Outubro, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIP, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respectivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1 - «Alterações nas funções ou estruturas do corpo» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respectiva idade e contexto social;

2 - «Risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que impliquem uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis para acesso ao SNIP, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º, que acumulem 4 ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

#### Definições:

**Funções do Corpo** - São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente)

**Estruturas do Corpo** - São as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

**Actividade** é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo. Limitações da actividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de actividades.

**Participação** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

**Restrições na participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

## 1 - Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (ICF - CY, 2007)

**1.1 Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida**, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito.

**1.2 Condições Específicas** – Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras:

- Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil)
- Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neurofibromatose)
- Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos)
- Doença metabólica (p. ex. mucopolisacaridoses, glicogenoses)
- Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez)
- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico)
- Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite)
- Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica)
- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo)
- Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

## 2 - Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

**2.1 – Crianças expostas a factores de risco biológico:** Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na actividade e participação (ICF – CY, 2007) por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento.

*Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outros:*

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.);

- Prematuridade <33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença ( < 1,5Kg);
- Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais).
- Complicações neonatais graves (sêpsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões)
- Hemorragia Intraventricular;
- Infecções congénitas (Grupo TORCH);
- Criança HIV positiva
- Infecções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite)
- Traumatismos cranianos graves
- Otite média crónica com risco de défice auditivo

## 2.2 - Crianças expostas a factores de risco ambiental

Consideram-se condições de risco ambiental a existência de factores parentais ou contextuais, que actuam como obstáculo à actividade e à participação da criança (ICF–CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

### 2.2.1 - São entendidos como factores de risco parentais, entre outros:

- Mães adolescentes < 18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos activos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação)
- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa

### 2.2.2 - Consideram-se factores contextuais, entre outros:

- Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social);

- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.



# **Apêndice I**

**(Pedido de estágio à Subcomissão de Coordenação do Centro)**



À Subcomissão de Coordenação Regional do Centro  
Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Eu, Teresa Manuel Serra dos Santos Póvoa, aluna do 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação, Educação Especial, da Universidade de Aveiro e colaboradora da Associação Nacional de Intervenção Precoce no distrito de Aveiro, venho por este meio solicitar autorização da Subcomissão de Coordenação Regional do Centro do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), num estágio que pretendo realizar.

O estágio decorre sob a orientação da Professora Doutora Fátima Andrade e coorientação da Professora Doutora Paula Santos, e possui como objetivo principal documentar o trabalho do Terapeuta da Fala, enquanto membro de uma equipa transdisciplinar e baseado no modelo ecológico e transdisciplinar e pretende decorrer até ao final do presente ano civil.

Para a concretização do estágio é indispensável a colaboração da equipa da Associação Nacional de Intervenção Precoce, do Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância e a colaboração das famílias que usufruem do serviço de Intervenção Precoce na Infância. O estágio não acarreta qualquer risco para as crianças que integram o SNIPI, estando garantido o anonimato de toda a informação.

Comprometo-me a concretizar as atividades inerentes à concretização do estágio salvaguardando sempre a relação eticamente correta e potencialmente promotora do bem-estar, desenvolvimento e aprendizagem das crianças, e a capacitação dos cuidadores.

Antes de qualquer registo, avaliação ou outro procedimento, às crianças, será ainda realizado um contacto com os seus pais a fim de os informar de todo o decurso do estágio, sendo solicitada a sua anuência por escrito.

Agradeço desde já a atenção dispensada, certa do reconhecimento de que o estágio pretendido poderá contribuir para um aprofundamento e reflexão sobre o trabalho do Terapeuta da Fala na Intervenção Precoce na Infância. Manifesto ainda a minha total disponibilidade para apresentar pessoalmente os objetivos do referido estágio.

Universidade de Aveiro, 8 de Março de 2012.

À Vossa consideração.

Atenciosos cumprimentos,

A mestrandia,

Teresa Póvoa

# **Apêndice II**

**(Pedido de estágio à Associação Nacional de Intervenção  
Precoce)**



Ex. mo Doutor Luís Borges

Director da Associação Nacional de Intervenção Precoce

Eu, Teresa Manuel Serra dos Santos Póvoa, aluna do 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação, Educação Especial, da Universidade de Aveiro e vossa colaboradora no distrito de Aveiro, venho por este meio solicitar a cooperação da Associação que Vossa Excelência dirige, num estágio que pretendo realizar.

O estágio decorre sob a orientação da Professora Doutora Fátima Andrade e coorientação da Professora Doutora Paula Santos, e possui como objetivo principal documentar o trabalho do Terapeuta da Fala, enquanto membro de uma equipa transdisciplinar e baseado no modelo ecológico e transdisciplinar e pretende decorrer até ao final do presente ano civil.

Para a concretização do estágio é indispensável a colaboração da equipa da Associação Nacional de Intervenção Precoce, do Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)\* e a colaboração das famílias que usufruem do serviço de Intervenção Precoce na Infância. O estágio não acarreta qualquer risco para as crianças ou para a Associação que Vossa Excelência dirige, estando garantido o anonimato de toda a informação.

Comprometo-me a concretizar as atividades inerentes à concretização do estágio salvaguardando sempre a relação eticamente correta e potencialmente promotora do bem-estar, desenvolvimento e aprendizagem das crianças, e a capacitação dos cuidadores.

Antes de qualquer registo, avaliação ou outro procedimento, às crianças, será ainda realizado um contacto com os seus pais a fim de os informar de todo o decurso do estágio, sendo solicitada a sua anuência por escrito.

Agradeço desde já a atenção dispensada, certa do reconhecimento de que o estágio pretendido poderá contribuir para um aprofundamento e reflexão sobre o trabalho do Terapeuta da Fala na Intervenção Precoce. Apresento ainda a minha total disponibilidade para apresentar pessoalmente os objetivos do referido estágio.

Universidade de Aveiro, Fevereiro de 2012.

À Vossa consideração.

Atenciosos cumprimentos,

A mestrandia,

Teresa Póvoa

\*Posteriormente será remetido também ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, em forma de ofício, o pedido para a concretização do estágio.



